

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR

## ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Éducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Prothèse dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

Déclaration : contact@mupras.com  
Affiliation en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie : N° P19- 0011634

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3400 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : H. Y. J. Date de naissance : 14/06/1960  
Adresse : 7, Rue Amman  
Tél. : 0661 181754 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp: 1 SEP 2019]  
Date de consultation : 01/09/19  
Nom et prénom du malade : My Driss  
Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
Nature de la maladie : [Stamp: 01/09/19]  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : [Signature] Le : 09/09/19  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
02/07/19	U	1	300	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	30/08/19					2400,00 Dh

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'...

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE...

**Professeur Laila RAIS**



**الأستاذة ليلى الرايس**

Spécialiste en Ophtalmologie & Ophtalmologie Pédiatrique  
Ex-Enseignante à la faculté de Médecine et de Pharmacie - Casablanca

دكتورة مختصة في طب العيون و عيون الأطفال  
استاذة سابقا بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

Casablanca, le mardi 2 juillet 2019  
Monsieur HJIYEJ ANDALOUSSI El Ghali

**UNE PAIRE DE LUNETTES :**

**DE LOIN Organiques INCASSABLES**

Verres sans antireflets ni filtre bleu ++++

Oeil Droit :  $(5^\circ -4,00) + 5,50$

Oeil Gauche :  $(175^\circ -4,00) + 5,75$

**KADER OPTIQUE**  
OPTIQUE - OPTOMETRIE  
LENTILLE DE CONTACT  
404, AV. Abdoulaye Benbouay, Driss 1er ét.  
Tél: 05 22 28 73 11 - GSM: 06 19 28 36 31

**Professeur Laila RAIS**  
Spécialiste en Ophtalmologie  
Adulte et Pédiatrique  
Rés. Dar My Driss 120, Bd. My. Driss 1er  
CASABLANCA  
Tél.: 05 22 86 41 23/51 - GSM : 06 19 28 36 31

Consultation sur rendez-vous : Bd Moulay Driss Premier  
N°120, Rés. Dar Moulay Driss, 3<sup>ème</sup> ét. Casablanca  
Tél.: 05 22 86 41 23 / 51  
E-mail: cabinetprais@yahoo.fr

الفحص بالموعد : شارع مولاي إدريس الأول  
رقم 120, اقامة دار مولاي إدريس, طابق 3 الدار البيضاء  
الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51 المحمول: 06 19 28 36 31  
الموقع الإلكتروني: www.prlailarais.ma Site web:

**Professeur Laila RAIS**

Spécialiste en Ophtalmologie & Ophtalmologie Pédiatrique  
Ex-Enseignante à la faculté de Médecine et de Pharmacie-Casablanca



**الأستاذة ليلي الرايس**

دكتورة مختصة في طب العيون و عيون الأطفال  
استاذة سابقا بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

*Casablanca, le mardi 2 juillet 2019*

*Monsieur HJIYEJ ANDALOUSSI El Ghali*

- SALISIN

*1 toilette oculaire, à la demande,, dans les deux yeux,*

Professeur Laila RAIS  
Spécialiste en Ophtalmologie  
Adulte et Pédiatrique  
Rés. Dar My Driss 120, Bd. My. Driss 1er  
CASABLANCA  
Tél.: 05 22 86 41 23/51 - GSM : 05 19 28 36 31

Consultation sur rendez-vous : Bd Moulay Driss Premier  
N°120, Rés. Dar Moulay Driss, 3<sup>ème</sup> ét. Casablanca  
Tél.: 05 22 86 41 23 / 51  
E-mail: cabinetprais@yahoo.fr

الفحص بالموعد : شارع مولاي إدريس الأول  
رقم 120, اقامة دار مولاي إدريس, طابق 3 الدار البيضاء  
الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51 المحمول: 05 19 28 36 31  
الموقع الإلكتروني: www.prlailarais.ma Site web:

IC E 00 18 230 17 000027

# KADER OPTIQUE

404, Av. Abdellah Senhaji  
IDRISSIA 1 - Casablanca  
Tél: 05 22 28 70 73  
Fax: 05 22 80 18 36

FACTURE 0006163

Le 30/08/2019

Patente: 33664052  
CNSS: 2361145  
R.C. :20 47 88

M. Hryej Andaloussi Et Ghali  
Roua Loula

Ordonnance du docteur

NRS de nomenclature correspondants à la prescription	Loïn {	O. D. = .....	Prés {	O. D. = .....	D. F. {	O. D. = .....
		O. G. = .....		O. G. = .....		O. G. = .....

## FOURNITURES :

Montures :

optique

800,00

800,00

Verres :

Organique AR

800 x 2

1600,00

(450 x 2)  
+ 300

TOTAL

2400,00 Dhs

La présente facture arrêtée à la somme DH

deux mille quatre  
cent Dhs

**KADER OPTIQUE**  
OPTIQUE OPTOMETRIE  
LENTILLE DE CONTACT  
404, AV. Abdellah Senhaji, Drissia - Casa  
Tél: 05 22 28 70 73 Fax: 05 22 80 18 36